Laparotomie
bei
geborstener Tubenschwangerschaft.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 6. AUGUST 1895

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Karl J. Baur

aus Ellwangen Kgr. Württemberg.

OPPONENTEN:

Herr cand. med. A. Lautenschläger.
„ cand. med. Otto Walcker.
„ cand. med. R. Krauss.

BERLIN

C. Vogts Buchdruckerei (Dr. E. Ebering)

Linkstrasse 16.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535723_0174

Seiner teuren Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Noch vor zehn Jahren galt die ektopische Schwangerschaft als ein seltenes Vorkommnis. Heute kann davon nicht mehr die Rede sein. Ein Blick auf die neuere Litteratur in dieser Richtung beweist das Gegenteil. Zudem kann die Litteratur doch nie und nimmer den Anspruch machen, alle vorgekommenen Fälle beschrieben zu haben. So dürfte denn das faktische Vorkommen von extrauteriner Schwangerschaft noch weit höher in seiner Zahl sein, als uns durch die Litteratur bekannt ist. Von den extrauterinen Graviditäten hin wiederum ist die Tubenschwangerschaft weitaus die häufigste und als solche darum als die praktisch wichtigste Form der Extrauterinschwangerschaften anzusehen.

Wenn man bedenkt, dass das Sperma durch die Tuben dringt und die Konception beim Menschen auch wahrscheinlich dort stattfindet, so muss man sich wundern, dass Eileiterschwangerschaften eigentlich nicht noch häufiger vorkommen, als dies schon der Fall ist. Ein Hindernis, das das befruchtete Ei in der Tube aufhält, muss zur extrauterinen Schwangerschaft führen; denn der Weiterentwicklung des Eies steht nichts im Wege. Die Eileiter-

schleimhaut hat alle Eigenschaften, das Ei einzubetten und behufs seiner Weiterentwicklung zu ernähren, wie die Mucosa uteri.

Ich will nun kurz auf die Entwicklung und Ausgänge der Tubenschwangerschaft eingehen. (Nach Zweifels Lehrbuch der Geburtshülfe III. Auflage pag. 355.)

Wenn sich das Ei in der Tubenschleimhaut einnistet, so geht seine Entwicklung ganz wie in der Gebärmutter vor sich. Die Schleimhaut der Tube bildet eine Decidua vera und eine Decidua reflexa; die Chorionzotten senken sich in jene ein. Es kann das Ei seine volle Reife in dem Ovidukt erreichen, ohne dass derselbe platzt; dann stirbt das Kind ab, wenn es die Reife erlangt hat und sein weiteres Schicksal ist das wie bei den in der Bauchhöhle liegenden ausgetragenen Kindern. Diese Beobachtungen haben sich so vermehrt, dass sie nicht mehr zu den grössten Seltenheiten gezählt werden brauchen.

Es kann aus irgend einem Grund das im Eileiter sitzende Ei sich lösen, so entsteht ein Tubenabort. Das sich aus der Decidua ergiessende Blut fliesst durch die offene Eileitermündung in die Bauchhöhle und bildet dort eine Haematocele retrouterina. (Wert, Veit, Westermark, Zweifel und andere.)

Es kann der Foetus aus irgend einem Grunde frühzeitig absterben. Der Foetus wird abgekapselt, er verkalkt, und der ganze Vorgang schliesst mit einer für das Leben der Mutter bedeutungslosen Verschliessung der Tube ab.

Es kann sich beim Bersten der Tubenschwangerschaft eine gegen die Bauchhöhle abgeschlossene Blutgeschwulst bilden. Verblutungsgefahr ist dadurch verringert. Die zerrissenen Blutgefässe thrombosieren sich, die Frau kann sich erhohlen, und mit der sich gebildeten Hämatocele sich exspektativ oder operativ behandeln lassen.

Leider aber verlaufen nicht alle Tubengraviditäten in dieser günstigen Weise, vielmehr reisst beim Heranwachsen der Frucht die Tube in der Regel ein, was ja auch sehr erklärlich ist, da die Tube am uterinen Ende nur mit Mühe eine Sonde durchgehen lässt; wie sollte sie sich für gewöhnlich so erweitern können, um einem sich entwickelnden Ei oder gar einem ausgetragenen Kinde Platz zu machen? Die Tube reisst. Dies kann vom zweiten Monat an geschehen, häufiger im dritten und vierten Monat. Spätere kommen auch vor, doch sind solche seltener.

Es giebt kaum wohl eine Krankheit, die heimtückischer ein scheinbar ganz gesundes Individuum überfallen und unter den Symptomen der inneren Blutung in wenigen Stunden zu Tode bringen kann, als die Tubenschwangerschaft. Mit anderen Worten: Es giebt Fälle, wo die betreffenden Frauen keine Ahnung, kein fremdartiges Symptom bemerkt haben, und im dritten oder vierten Monat plötzlich durch die Ruptur des Fruchtsackes in unmittelbare Lebensgefahr kommen.

Wann ein solch' gefahrdrohender Zustand da ist, wie derselbe zu erkennen, und dass dann nur die Laparotomie als einziger hülfebringender Eingriff anzusehen ist, werde ich im Folgenden an der Hand von fünfzehn in der Kgl. Universitätsfrauenklinik beobachteten und operierten Fällen nachzuweisen suchen. Ich lasse nun die Krankengeschichten der fünfzehn Fälle folgen mit einer nachfolgenden tabellarischen Uebersicht der einzelnen Fälle. Vom Jahre 1883 an bis zu Beginn dieses Jahres wurden 39 Extrauterinschwangerschaften in der Klinik beobachtet, davon wurden folgende fünfzehn Fälle als geborstene Tubenschwangerschaften wegen der unmittelbar dabei verbundenen Lebensgefahr operiert;

Im Jahre 1883—85 kam kein Fall zur Beobachtung.

1. Frau Lietzmann, 26 Jahre alt, II para. Die letzte Regel vor der hier in Betracht kommenden Schwangerschaft hatte Pat. Ende Januar 1886. Ende März bekam Pat. Schmerzen im Abdomen, am 5. April stellten sich gelinde Blutungen ein, ob bei diesen Blutungen auch Hautfetzen oder Stücke abgegangen sind, kann Pat. nicht angeben. Diese Blutungen dauerten bis 10. April fort. Die Frau wurde etwas schwach und anämisch, und da die Blutungen stärker wurden, wandte sie sich an die Klinik. Dahin gebracht, wurde durch äussere und innere Untersuchung folgender Status festgestellt: Der Uterus etwas vergrössert, das Abdomen weist an beiden abhängenden Seiten Dämpfung auf, der Leib ist etwas aufgetrieben und auf Druck schmerzhaft. Nach diagnost. geborstener linker Tubenschwangerschaft wurde andern Tags die Laparotomie gemacht. Nach der in bekannter Weise erfolgten Eröffnung der Bauchhöhle zeigten sich dort Blutcoagula, flüssiges Blut, grünlich gelbe Flüssigkeit und eine dem 3. Monat entsprechende Frucht, die linke Tube war verdickt, ein daran sitzender Fruchtsack war geborsten und seines Inhalts entleert. Nach Ausräumung des Douglas, Exstirp. bez. Unterbindung des Fruchtsackes und der Tube wurde die Bauchwunde geschlossen, heilte in erwünschter Weise und die Frau wurde als vollständig geheilt entlassen.

2. Frau Buckrow, 38 Jahre alt, VI p. Letzte Regel Anfang Januar 1888. Nach 6 Wochen bekam die Frau Blutungen, Schmerzen im Abdomen, Beschwerden beim Stuhlgang, häufigen Drang zum Wasserlassen. Am 3. III in die Klinik gebracht, wurde folg. Status der Frau festgestellt: Anämie nicht allzu gross, Puls relativ gut. Aeussere und innere Untersuchung ergaben: Uterus etwas

vergrössert, in seiner Beweglichkeit gehemmt, neben dem Uterus ein Tumor fühlbar, aus der Scheide wurde Abgang von Hautfetzen bemerkt. Es wurde die Laparotomie gemacht. Man fand flüssiges und geronnenes Blut, Fruchtwasser, linke Tube war verdickt und geborsten. Weitere Behandlung war dieselbe wie beim vorhergehenden Falle. Die Frau wurde geheilt entlassen.

3. Frau Wien, 32 J. alt. II p. Vor einem Jahr war Lap. gemacht wegen Gravid. abdom. (lebendes Kind [1]). Die letzte Regel hatte die Frau diesesmal am 29. 9. 1889. Am 16. 11. mässiger Blutabgang per vaginam mit Hautfetzen. Schmerzen im Abd., Kolik, Collaps, geringe, andauernde Blutung. In die Klinik gebracht. Sehr anämisch, kleiner Puls von 152 Schlägen, soporöser Zustand, heftige Schmerzen im aufgetriebenen Abdomen, das beiderseits in den abhängenden Teilen Dämpfung aufweist. Es wurde sofort die Laparotomie gemacht und dasselbe im Abdomen gefunden wie in den vorhergehenden Fällen. Frau geheilt entlassen.

4. Frau Gallus, 27 J. alt, II p. Letzte Regel Jan. 1892. Im April leichte Blutungen, die bis jetzt anhielten (d. h. bis zur Aufnahme in die Klinik). Häufige Ohnmachtsanfälle. Wehenartige Schmerzen. Am 27. 5. 92 liess Pat. sich in die Klinik aufnehmen. Status: sehr anämisch und matt. Tumor im Abd. neben Uterus fühlbar. Keine Dämpfung an den abhängenden Seiten. Keine Blutung nach aussen. Kein Abgang von Haut. Collaps. Es wurde sofort die Lapar. gemacht. Es zeigt sich flüssiges Blut und Blutgerinnsel im Abdomen. Kindskopfgrosser

---

[1]) In der D. med. Wochenschrift 1890. No. 8—10. Fall VII, von Olshausen mitgeteilt.

Tumor, derselbe dunkelblau verfärbt, weich, Fruchtsack geborsten. Placenta sitzt noch im Fruchtsack. Frucht durch die Nabelschnur mit der Pl. im Fruchtsack verbunden liegt im Douglas, 21 cm. lang. Ausräumung des Abd. Schluss der Wunde. Geheilt entlassen.

5. Frau Käbicke, 38 J., 10 p. Letzte Regel Mitte Sept. 1892. Am 13. Okt. plötzliche Blutung. Schmerzen im Unterleib, Ohnmachtsanfälle, Hautfetzenabgang. Am folgenden Tage wurde sie sehr anämisch, mit kleinem Puls in die Klinik gebracht, wo sofort die Laparotomie gemacht wurde. Nach Eröffnung des Abd. stellte sich das typische Bild einer geborstenen Tubenschwangerschaft wie in den vorher beschriebenen Fällen dar. Die rechte Tube war die geborstene. Heilungsprozess war normal, die Frau wurde geheilt entlassen.

6. Frau Wass, 40 J., VI p. Letzte Regel Ende Jan. 1893; gelinde Blutungen traten bald nach dieser Regel auf. Die Frau bemerkte öfters, dass kleine Hautfetzen abgingen. Als sie am 8. 3. plötzlich eine starke Blutung bekam, liess sie sich in die Klinik aufnehmen, wo folg. Status aufgenommen wurde: „Frau sehr anämisch, Puls klein, fadenförmig und beschleunigt. Abd. aufgetrieben, jedoch nicht schmerzhaft, Dämpfung an beiden abhängenden Seiten des Abd. Neben dem Uterus ist eine fast faustgrosse Geschwulst zu fühlen.“ Es wird die Lap. gemacht. Man findet flüssiges Blut in der Bauchhöhle, rechte Tube ist hinten geborsten. Fruchtsack wird exstirp., Blut abgeschöpft. Herztätigkeit lässt trotz aller angewandten Analeptica nach, es wird eine Kochsalzinf. gemacht, doch trat nach einigen Stunden der Verblutungstod ein.

7. Frau Bartsch, 35 J., VI p. Letzte Regel 18. 3. 1893. Am 29. 4. wurde die Frau plötzlich ohnmächtig,

Nach der Klinik gebracht, wurde grosse Anämie der Frau festgestellt, Abd. war aufgetrieben, schmerzhaft, Dämpfung an den typ. Stellen. Hautfetzenabgang wurde nicht bemerkt. Nach sofort gemachter Lap. fand sich in allen Beziehungen die diagnost. geborstene Tubenschwangerschaft als erwiesen. Die linke Tube war die afficierte. Alles verlief normal. Frau geheilt entlassen.

8. Frau Miebe, 36 J., V p. Letzte Regel 24. 3. 93. Geringe Blutung 10. 5. anhaltend mit einigen Pausen bis 21. 5., wo Pat. grosse Schmerzen bekam. Stücke hat Pat. nicht abgehen bemerkt. In der Klinik wurde das typische Bild einer geborstenen Tubenschwangerschaft erwiesen, es wurde die Lap. gemacht, die rechte Tube war geplatzt etc. Die Frau konnte geheilt entlassen werden.

9. Frau Hoeck, 30 J., I p. Letzte Regel 1. 5. 93. Am 27. 6. bekam die Frau Krämpfe im Unterleib, Uebelkeit, kolikartige Schmerzen und Blutungen, dieser Zustand besserte sich nach einigen Tagen. Am 30. 6. wiederholte sich dieser Zustand in noch heftigerem Maasse, Hautfetzen gingen nicht ab, sie liess sich in die Klinik aufnehmen, es zeigte sich das gleiche Krankheitsbild wie in den vorher beschriebenen Fällen, ebenso war die Operation und der innere Befund der gleiche, die rechte Tube war geplatzt. Geheilt entlassen.

10. Frau Roloff. 36 J., 10 p. Letzte Regel 26. 9. 1893. Am 15. 11. bemerkte Pat., dass dünnflüssiges Blut mit Hautfetzen abging. Der weitere Verlauf war derselbe wie in den vorhergehenden Fällen. Am 24. 11. wurde in der Klinik die Lap. gemacht, rechte Tube geplatzt. Geheilt entlassen.

11. Frau Fischer, 35 J., Vp. Letzte Regel 3. 11. 1893. Am 24. 12. traten alle die charakteristischen

Symptome einer geborstenen Tubenschwangerschaft auf. Sie wurde in die Klinik gebracht. Es wurde die Laparot. gemacht. Linke Tube war geborsten. Geheilt entlassen.

12. Frau Muth, 38 J., IV p. Letzte Regel 3. Dez. 1893. Am 12. 2. 94 traten ausser einer Blutung nach aussen noch hier alle für geborstene Tubenschwangerschaft charakt. Zeichen und Symptome auf. Nach der in der Klinik gemachten Lap. erweisen auch die inneren Befunde eine Gravid. tub. rupta. Geheilt entlassen.

13. Frau Schulz, 35 J., V p. Letzte Regel 17. 1. 1894. Am 14. 3. plötzlich Collaps, Anschwellung des Leibes etc. Lap. in der Klinik. Eine geborstene linke Tubenschwangerschaft wurde festgestellt; nachdem alles in üblicher Weise behandelt worden war, konnte die Frau nach einigen Wochen als geheilt entlassen werden.

14. Frau Machatzky, 27 J., II p. Letzte Regel 10—13. April 94. Nach am 2. Juni eingetretenen Symptomen einer geborstenen Tubenschwangerschaft wurde Pat. in die Klinik gebracht, wo die Laparot. gemacht wurde und nach normal und günstig verlaufener Operation, sowie Heilungsprozess die Frau als geheilt entlassen werden konnte.

15. Frau Zerboch, 28 J. alt, II p. Die hier in Betracht kommende letzte Regel hatte die Frau Anfangs Januar 1895. Heute früh am 22. Februar bekam die Frau plötzlich eine Ohnmacht. Sie wurde sofort zur Klinik gebracht, wo folgender Status aufgenommen wurde: „Frau sehr anämisch, Puls klein, fadenförmig und frequent. Die Frau befindet sich in einem somnolenten Zustand. Der Leib ist aufgetrieben. Druck empfindlich, beiderseits an den abhängenden Teilen des Abdomens ergiebt sich eine Dämpfung. Blutung nach aussen wie Abgang von Hautfetzen werden nicht bemerkt und eruiert. Es wurde sofort die Laparot.

gemacht. Nach der in üblicher Weise erfolgten Eröffnung des Abdomens zeigten sich Blutcoagula und flüssiges Blut, die linke Tube war an ihrer hinteren Seite geplatzt und hatte ihren Inhalt in die freie Bauchhöhle entleert, nachdem derselbe entfernt war, wurde der Fruchtsack und die Tube abgebunden und extirp. und die Bauchwunde geschlossen. Der Heilungsprozess verlief normal und günstig, und die Frau wurde nach einigen Wochen geheilt entlassen.

Name.	Alter.	Wie viel Gebärende. ?Geburt. ?Aborte.	Letzte Regel.	Erste Blutung nach aussen.	Ohnmacht	Hautfetzenabgang (Decidua) vor oder nach d. Operation.	Aufnahme in die Klinik.
Frau Leitzmann, Klara. Charlottenburg.	26	II p. 2 normale Entbindg.	Ende Jan. 80.	5. IV. geringe Blutung aus den Genitalien bis 10. April.		Nicht bemerkt.	10. IV. 1886.
Frau Buckrow, Marie. Reinickendorf.	38	VI p. 4 normale Entbindg. 2 Aborte.	Anfg. Januar.	6 Wochen nach der letzten Regel.		Bei der Operation bemerkt.	3. III. 1888.
Frau Wien. Berlin.	32	II p. 2 normale Entbindg.	29. IX.	16. XI. mässiger Blutabgang.	17. XI.	Zugleich mit der Blutung am 16. XI., also vor der Operation.	17. XI. 1889.
Frau Gallas. Berlin.	27	II p. 2 normale Entbindg.	Anfg. Januar.	Anfg. April geringe Blutungen die bis zur Aufnahme in die Klinik anhielten.	Häufige Ohnmachtsanfälle von Mitte April an.	Nicht bemerkt.	27. V. 1892.

Status.	Operation und Art derselben.	Innerer Befund.	Verlauf mit oder ohne Fieber.	Entlassen oder gestorb.	Bemerkungen
Anämie. Leibschmerzen hatte Pat. bereits Ende März bekommen. Uterus war etwas vergrössert. Abdomen an beid. Seiten gedämpft, aufgetrieben, schmerzhaft.	12. IV. Salpingotomie und Exstirp. des Fruchtsackes.	Flüssiges Blut. Coagula, grünlich gelbe Flüssigkeit, 3 monatl. Foetus. Linke Tube verdickt u. geborsten.	Ohne Fieber.	5. Mai geheilt entl.	
Frau hatte schon einige Tage Schmerzen im Abd. Beschwerden beim Stuhlgang häufigen Drang zum Wasserlassen. Anämie nicht allzu gross, Puls relat. gut. Uterus etwas vergrössert. Neben dem Ut. ein Tumor fühlbar.	3. III. Laparotomie. Salpingo-Oophorect.	Flüssiges Blut. Blutcoagula. Fruchtwasser, linke Tube verdickt u. geborst.	Ohne Fieber.	31. III. geheilt entl.	
Durch die schon Tage anhaltende Blutung war die Frau ziemlich anämisch geworden. Kleiner Puls von 152 Schlägen, soporöser Zustand, Schmerzen im aufgetriebenen Abd., das beiderseits an seinen abhängenden Teilen gedämpft ist. Uterus vergrössert.	17. XI. Lap. Salpingo-Oophorect.	Blutcoagula. Uterus ziemlich vergrössert. Linke Tube geplatzt.	Ohne Fieber.	14. XII. geheilt entl.	Vor einem Jahr wurde schon d. Laparot. gemacht wegen Graviditas abdominalis, mit einemlebenden Kinde.
Sehr anämisch und schwach, wehenartige Schmerzen im aufgetriebenen Abd., das beiderseits nicht gedämpft ist, es tritt ein neuer Kollaps ein, nach aussen hören die Blutungen ganz auf. Neben dem vergrösserten Uterus ist ein klein kindskopfgrosser Tumor zu fühlen.	27. V. Lap.	Im Abd. circa 3 L. Blut (flüssiges u. Coagula) neben d. vergröss. Uterus ein kindskopfgrosser, weicher, dunkelblau verfärbter Tumor, d. durch die verdickte l. Tube gebildet ist, Fruchtsack geborsten, Frucht durch d. Nabelschnur mit der Pl. im Fruchtsacke noch verbunden, ist 21 cm lang und liegt im Douglas.	Ohne Fieber.	13. VI. geheilt entl.	

Name.	Alter.	Wie viel Gebärende. ? Entbind. ? Aborte.	Letzte Regel.	Erste Blutung.	Ohnmacht	Hautfetzenabgang (Decidua) vor oder nach d. Operation?	Aufnahme in die Klinik
Frau Käbicke. Berlin.	38	XI p. 10 normale Entbindg. 1 Abort.	Mitte Sept.	13. Oktob. erste Blutung.	13. Oktobr.	13. Oktober.	14. Ok 1892.
Frau Wass, Frederike. Berlin.	41	VII p. 4 normale Entbindg. 3 Aborte.	Ende Januar.	Bald nach der Regel treten gelinde Blutungen auf. 8.III. starke Blutung.	8. März.	Es wurde öfters bemerkt, dass Stücke abgingen.	31. Mär 1893.
Frau Bartsch, Berlin.	35	VI p. 3 normale Entbindg. 3 Aborte.	18. März	Keine Blutung nach aussen.	29. April.	Nicht bemerkt.	29. Apri 1893.
Frau Micke. Berlin.	36	V p. 5 normale Entbindg. letzte Entbindung vor einem Jahr.	24. März	Geringe anhaltende Blutungen seit 10. Mai.	21. Mai mit vorangehenden heftigen Schmerzen	Nicht bemerkt. Erst nach der Operation geht Decidua ab.	5. Jun 1893.
Frau Hoek. Berlin.	30	II. p. 1 normale Entbindg.	1. Mai.	Vom 27. Juni an mit Pausen bis zum 30.	30. Juni nach vorangegangen. Krämpfen und Uebelkeit.	Nicht bemerkt.	1. Jul 1893.
Frau Roloff, Sophie. Berlin.	35	X p. 6 normale Entbindg. 4 Aborte, letzte Entbindung vor $2^1/_2$ J.	26. Sept.	15. Nov. m. Koliken.	15. Nov.	15. Nov.	24. Nov 1893.
Frau Minna Fischer. Berlin.	35	V p. 3 normale Entbindg. 2 Aborte.	3. Nov.	Blutung nachaussen nicht bemerkt.	24. Dez.	Nicht bemerkt.	25. Dez 1893.

Status.	Operation und Art derselben.	Innerer Befund.	Heilungsverlauf mit oder ohne Fieber.	Entlassen oder gestorb.	Bemerkungen
Frau klagt über heftige Schmerzen im Unterleib, ist sehr anämisch, Puls klein, Abd. aufgetrieben, beiderseits gedämpft. Uterus vergrössert.	14. Okt. Lap. Salpingo-Oophorect.	Flüssiges und geronnenes Blut im Abd. Rechte Tube geplatzt.	Ohne Fieber.	4. Nov. geheilt entl.	
Grosse Anämie, kleiner fadenförmiger beschleunigter Puls. Abdomen aufgetrieben, nicht schmerzhaft, beiderseits gedämpft. Neben d. vergrösserten Uterus eine faustgrosse Geschwulst durchzufühlen.	Lap. Extirpation des Fruchtsackes.	Flüssiges und geronnenes Blut in der Bauchhöhle. Rechte Tube ist an ihrer Rückseite geplatzt. Das Blut wird abgeschöpft.		Einige Std. n. d. Operation starb die Frau.	Herzthätigkeit lässt trotz aller angewandten Analeptica n., es wird eine Kochsalzinfusion gemacht, doch ist der Verblutungstot n. zu verhind.
Grosse Anämie. Puls klein. Abdomen aufgetrieben schmerzhaft, beiderseits gedämpft. Uterus vergrössert. Linke Tube verdickt.	Lap. Extirpation etc.	Sehr grosse Blutklumpen und flüssiges Blut. Linke Tube geplatzt.	Ohne Fieber.	19. V. 93 geheilt entl.	
Anämie. Puls klein. Abdomen aufgetrieben, schmerzhaft, beiderseits gedämpft. Uterus vergrössert, nebendemselben ein Tumor fühlbar (rechts).	Lap. Salp. Ext. des Fruchtsackes.	Blutcoagula und flüssiges Blut. Tumor mit den Gedärmen verwachsen, rechte Tube geplatzt, ebenso d. Fruchtsack, Frucht liegt im Abd.	Ohne Fieber.	8. VII. geheilt entl.	
Sehr grosse Anämie. Abdomen s. schmerzhaft, aufgetrieben, an seinen beiden abhängenden Teilen gedämpft. Uterus vergrössert.	Lap. Extirpation des Fruchtsackes.	Reichliche Mengen von Blutcoagula und flüssigem Blut. Rechte Tube war in grosser Ausdehnung geplatzt.	Ohne Fieber.	22. VII. geheilt entl.	
Mässige Anämie. Leib aufgetrieben u. druckempfindlich, beiderseits gedämpft. Uterus vergrössert.	Lap. Extirpation der rechten Anhänge.	Mässige Menge Blut im Douglas. Rechte Tube geplatzt.	Ohne Fieber.	16. VII. geheilt entl.	
Anämie. Leib aufgetrieben, schmerzhaft, an seinen beiden abhängenden Teilen gedämpft. Uterus vergrössert.	Laparotomie. Salpingotomie.	Grosse Menge flüssiges und geronnenes Blut im Abd. Linke Tube geplatzt.	Ohne Fieber.	14. I. 94 geheilt entl.	

Name.	Alter.	Wie viel Gebärende. ?Geburten ?Aborte.	Letzte Regel.	Erste Blutung.	Ohnmacht	Hautfetzen abgang. (Decidua.) vor oder nach d. Operation.	Aufnahm in di Klini
Frau Muth. Berlin.	38	IV p. 4 normale Entbindg.	3. Dez. 1893.	Blutung nach aussen nicht bemerkt.	12. Febr.	nicht bemerkt.	12. II 1894
Frau Schulz, Wilhelmine. Berlin.	35	V p. 2 normale Entbindg. 3 Aborte.	17. Jan.	Keine Blutung nach aussen.	14. März.	nicht bemerkt vor der Operation, wohl nach derselben.	14. II 1894
Frau Machatzky. Berlin.	27	II p. 2 normale Entbindg.	10. April	2. Juni.	2. Juni.	2. Juni.	2. VI 1894
Frau Zerbock Berlin.	28	II p. 2 normale Entbindg.	Anfang Januar.	Keine Blutung nach aussen.	22. Febr.	nicht bemerkt.	22. II 1895.

Status.	Operation und Art derselben.	Innerer Befund.	Heilungsprocess mit oder ohne Fieber.	Entlassen oder gestorb.	Bemerkungen
Grosse Anämie. Dämpfung an beiden Seiten d. Abd., welches aufgetrieben u. druckempfindlich ist. Uterus vergrössert.	Lap. Salp. Oophorect.	Zieml. Mengen von Blutcoagula u. flüssig. Blute Linke Tube ist geplatzt.	ohne Fieber.	5. III. 94 geheilt entlass.	
Mässige Anämie. Dämpfung an beiden Seiten d. Abd., welches aufgetrieben u. druckempfindlich ist. Uterus vergrössert.	Lap. Salp. Oophorectomie sin.	Geronnenes u. flüssiges Blut im Douglas. Linke Tube geplatzt, Frucht von II m. in d. Bauchhöhle ausgetreten.	Ohne Fieber.	4. April 94. geheilt entlass.	
Grosse Anämie. Kl. Puls. Abdomen aufgetrieben, nicht schmerzhaft, beiderseits Dämpfung. Uterus vergrössert.	Lap. Salp. Oophor.	Viele Blutklump. u. flüssiges Blut in d. Bauchhöhle, linke Tube geplatzt, Frucht durch das Fimbrimende in die Bauchhöhle ausgetreten.	Ohne Fieber.	22. VI. geheilt entlass.	
Erhebliche Anämie. Kleiner Puls. Leib aufgetrieben, druckempfindlich, an beiden abhängenden Teilen gedämpft. Uterus etwas vergrössert.	Lap. Salp. Oophor.	Grosse Blutung. Linke Tube an ihrer hinteren Seite geplatzt, Inhalt der Tube und des Fruchtsack.in die freie Bauchhöhlen ergossen.	Ohne Fieber.	14. III. 95. geheilt entlass.	Vor der Operation wird eine Kochsalzinfusion von 500,0 gr. gemacht.

Aus den eben angeführten Krankengeschichten der einzelnen Fälle ist der äussere, sowie der innere Befund im Grossen und Ganzen bei allen Fällen übereinstimmend; es zeigt sich immer mehr oder weniger folgendes Bild, das für eine geplatzte Tubenschwangerschaft charakteristisch und für deren Erkenntnis massgebend ist:

Die Frauen hielten sich meist für schwanger, weil während ein oder mehrere Monate ihre Periode ausgeblieben ist, sie hatten subjektive Schwangerschaftssymptome, welche sie ja alle als Mehrgebärende aus vergangenen Schwangerschaften kannten: Uebelkeit, besonders des Morgens, Erbrechen, Kopfschmerzen u. A. mehr. Plötzlich wurden sie entweder ohne nachweisbare Ursachen, oder bei körperlichen Anstrengungen von einem heftigen Schmerze, oder einem Gefühl, als risse etwas im Leibe, befallen. Oft waren Koliken dem Platzen vorausgegangen. Es gesellten sich dazu die Blutungen, die eine Völle und Schwere im Unterleib verursachten, Ohnmachtsanfälle, Schwarzwerden vor den Augen, Erbrechen etc. Diese anamnestischen Anhaltspunkte sind schon so prägnant und für die Ruptur einer Tubenschwangerschaft bei einer Frau, die sich für gravide hielt und bis dahin gesund war, so charakteristisch, dass daraus schon mit ziemlicher Sicherheit sich die Diagnose stellen lässt.

Die im Uterus gebildete Decidua wurde bisweilen schon Tage lang vor der Ruptur unter wehenartigen Schmerzen ausgestossen, oft auch erst kurz vor, bei und nach der Operation. Einige der Frauen, welche die Blutungen (nach aussen) als Anzeichen eines drohenden Abortes ansahen, gaben an, dass sich im Blute „Häute“ oder „ganze Stücke“ gefunden hätten. Soviel über die allgemeine Anamnese und den Befund.

Klinischer Befund.

Die Frauen waren alle mehr oder weniger stark anämisch, Puls klein und frequent. Temperatur subnormal.

Das Abdomen aufgetrieben, fast immer auf Druck schmerzhaft. Die Perkussion ergab über der Symphyse und den seitlichen Partien des Abdomens meist gedämpften Schall; die Scheide war blaurot verfärbt, der Uterus vergrössert, von weicher, für die Schwangerschaft charakteristischer Konsistenz.

Die meisten Frauen kamen also durch die so tiefgreifende Veränderung, die eine geborstene Tubenschwangerschaft im Gefolge hat, im Allgemeinbefinden sehr herabgekommen in die Klinik. Durch die hochgradige Anämie war ihr Aussehen oft wachsbleich, der Puls kaum zu fühlen, Ohnmachtsanfälle wechselten mit Erbrechen und Uebelkeit. Nachdem dann mit Hülfe der Anamnese, durch äussere und innere Untersuchung die Diagnose auf geborstene Tubenschwangerschaft gestellt war, konnte über die Frage kaum mehr ein Zweifel obwalten, ob durch exspektatives Verfahren der Frau mehr, oder durch das Messer mehr geholfen werden könnte. Der Zustand war immer ein derart bedrohlicher, dass man zur sofortigen Laparotomie sich entschliessen musste. Wohl waren die Aussichten nicht immer gerade die glänzendsten, denn in einigen Fällen war die Blutung der Frau so gross, dass man sich fragen musste, ob die Frau überhaupt Kräfte genug noch besitzt, die Operation zu überstehen. Dann war keine der Frauen für die Operation vorbereitet, wie dies sonst bei einer Operation, wie die Laparotomie, schon Tage lang vorher geschieht. Und doch waren die Resultate der Operation die denkbar besten. Der eine letal verlaufende Fall war sicherlich weniger durch den Eingriff der Operation, als durch den vorher schon zu grossen Blutverlust ad exitum gekommen; gerade dieser Fall beweist, wie wenig Aussicht ein exspektatives Verfahren bei den anderen Fällen zur Folge gehabt hätte, sicherlich wären nicht so viele Frauen gerettet worden, wie es durch die Laparotomie geschehen ist.

Aus der Betrachtung der Fälle im einzelnen können wir noch einige auffallende Thatsachen und manches Charakteristische finden. Bezüglich des Alters ergiebt sich, dass vor dem 25. Lebensjahr kein Fall bemerkt wurde, 12 der Frauen waren zwischen 25 und 35 Jahre alt und nur 3 über 35 Jahre.

Ganz übereinstimmend mit Zweifels Aussagen (Lehrbuch der Geburtshülfe III. Auflage pag. 356) bezüglich der Zeit der Tubenschwangerschaften habe auch ich gefunden, dass die Ruptur am häufigsten in den ersten zwei oder drei, seltener erst im vierten oder fünften Monat stattfindet. Die Tabelle ergiebt

einmal im I. Monat
fünfmal „ II. „
achtmal „ III. „
einmal nach dem IV. „

Alle Frauen waren Mehrgebärende.

Die bei der Tubenschwangerschaft in Betracht kommende letzte Regel konnte nicht immer mit Bestimmtheit angegeben werden, da sie einmal überhaupt nicht aufhörten, ein andermal offenbar nach der Konception unregelmässig, mehr oder weniger stark wiederkehrten, vielleicht wurden die ersten Blutungen bei schon zu bersten drohender Tubenschwangerschaft noch als Regel angesehen.

Die Blutungen nach aussen waren in den einzelnen Fällen sehr verschieden, doch fehlten sie in nur wenigen Fällen, 5 mal von den 15 Fällen. Wieviel Blut die Frauen verloren hatten, konnte nie auch nur mit einiger Bestimmtheit angegeben werden, da manchmal die Blutungen sich in Pausen über Tage hinzogen.

Die innere Blutung liess sich bis zu einem gewissen Grad nach der Anämie beurteilen, ob sie sehr gross oder nur mässig wäre. Nach erfolgter Ruptur der Tube ergiesst sich das Blut frei in die Bauchhöhle; das Blut gehorchend

dem Gesetze der Schwere, vorausgesetzt, dass es noch flüssig ist, senkt sich in die tiefgelegensten Partieen des Abdomens, wechselt seine Lage bei Veränderung der Position des Kranken, erfüllt aber immer die Gegend des Douglasschen Raumes, da dieser im Liegen und Stehen sich am tiefsten befindet. So lange es flüssig ist, lässt es sich bei der Untersuchung per vaginam et rectum ebenso wenig im Douglas fühlen, wie etwa Darmschlingen, welche in jenen Raum sich gelegt haben, was sich auch bei der Untersuchung der einzelnen Fälle bestätigte, wo eine innere frische Blutung nicht direkt durch die Untersuchung festzustellen bezw. zu fühlen war. Anders bei den schon einige Zeit alten Blutungen, wo die sich zu bilden beginnende Haematocele als einen prall, elastischen, cystischen Tumor sich anfühlen lässt.

Der innere Befund betreffs der Blutungen war in den einzelnen Fällen ein sehr verschiedener. Während man immer flüssiges und zu Klumpen geronnenes Blut vorfand, war z. B. in dem ersten Fall noch eine grünlich gelbe, Fruchtwasser ähnliche Flüssigkeit vorzufinden. Auch war in diesen Fällen eine 10 cm lange Frucht noch vorzufinden, im Gegensatz zu den übrigen Fällen, wo man die Frucht nicht mehr fand, entweder war sie aus den entfernten Coagulis nicht mehr herauszufinden, oder was wahrscheinlicher ist, die an und für sich wohl schon kümmerlich entwickelte Frucht wird resorbiert gewesen sein.

Zehnmal war die linke, fünfmal die rechte Tube die befallene, eine Thatsache, die auch sonst schon öfters beobachtet war, ohne dass die Wissenschaft Gründe dafür anzugeben vermochte, dass gerade die linke Tube häufiger der Sitz einer Schwangerschaft ist.

Deciduaabgang konnte nicht immer genau angegeben werden, doch wurde derselbe sicher in 8 Fällen bemerkt.

Einzeln ist von den Fällen noch als interessant zu

erwähnen, dass beim dritten Fall vor einem Jahr schon die Laparotomie wegen Graviditas abdominalis mit lebendem Kinde gemacht wurde.

Was den letal verlaufenden Fall anbelangt, so soll hier noch einmal darauf hingewiesen werden, dass zwar alle Frauen in einem mehr oder weniger elenden Zustande in die Klinik gebracht wurden, aber gerade bei diesem Fall war das ganze Allgemeinbefinden so schlecht, dass auch die Operation keine Rettung mehr bringen konnte; nie aber darf etwa die Operation selbst für den ungünstigen Ausgang als Ursache angesehen werden. Die Frau hatte zuviel Blut schon vor der Operation verloren.

Der meist dreiwöchentliche Wundheilungsprozess der 14 Fälle war stets fieberlos und alle Frauen wurden vollständig geheilt und gesund entlassen.

Durch Nachfragen bei den Frauen habe ich von 5 Antwort bekommen und erfahren können, dass es denselben jetzt gut geht, dass sie keine Beschwerden von der Operation zurückbehalten hatten, zwei Frauen haben verschiedentlich wieder geboren.

Noch einmal möchte ich hervorheben, dass trotz der ungünstig begleitenden Umstände nur die operative Behandlung sicherlich diese schönen Resultate erzielte.

Es sollen nun die Ansichten und Meinungen über die Prognose und Therapie verschiedener Autoren angeführt werden.

Während Zweifel (Lehrbuch der Geburtshülfe. 3. Auflage pag. 356) die Behauptung hinstellt: „Tritt die Ruptur des Ovidukts ein, so muss über solch' einer Frau ein besonderer Glücksstern walten, wenn sie die Katastrophe überstehen soll" und weiter unten: „Da es in solchen Fällen wegen des äusserst rapiden Verlaufes gar nie möglich ist, die Frau zu retten, so ist von grösster Wichtigkeit etc." — so liegt nach der Meinung anderer Autoren

(auch Zweifel schliesst sich später denselben an) und besonders nach dem in der hiesigen Klinik erzielten Resultate die Sache lange nicht so schlimm, ja eher gut.

Auch Veit giebt in seinen Beobachtungen an, dass die Mortalitätsziffer viel zu hoch gegriffen ist. Es liegt dies auch wohl auf der Hand, denn die Statistiken der früheren Jahre, als man die Tubengravidität als ein seltenes Vorkommnis ansah, können mit den Statistiken der Neuzeit, in denen man zu der Erkenntnis gekommen, dass die Tubengravidität eben gar nicht so selten vorkomme, nicht gleichen Schritt halten. Vergleicht man nun das Material das ich gesammelt: von Jahr zu Jahr ist die Anzahl der Fälle gestiegen. Dasselbe habe ich bei ähnlichen Statistiken gefunden. Das will eben sagen, nicht die Tubengravidität als solche ist häufiger geworden, sondern die Beurteilung und Anschauungsweise über dieselbe haben sich geändert.

Wir leben in einer Zeit, wo man durch Operationen schon ausserordentliches geleistet hat, und wo man unwillkürlich aus den gemachten Errungenschaften den Mut fasst, an schwierige Aufgaben heran zu gehen; zu den schwierigsten gehört gewiss die Behandlung der Extrauterinschwangerschaft durch die Laparotomie. (Nach Zweifel.)

Durch Bersten des Fruchtsackes und durch innere Verblutung stirbt der grössere Teil der von Tubenschwangerschaft befallenen Frauen. Vom Augenblicke des Risses, der immer heftige Symptome macht, bis zum Tode sind die Stunden gezählt. Darin liegt die grosse Schwierigkeit für den Arzt; er hat wenig Zeit sich zu überlegen, was der Frau zugestossen ist, und bald nahen schon die Vorboten des Todes; fünf, sieben bis zwölf Stunden dauert es bis zum Tode.

Wenn nach einer Ovariotomie die Symptome der inneren Blutung auftreten, wird jeder Operateur die Bauch-

höhle wieder öffnen, das Blut entfernen und die blutende Stelle ligieren. Es sind damit schon mehrmals Operierte vom Tode errettet worden. Warum sollte dies bei einer geborstenen Tubenschwangerschaft nicht möglich sein, wenn man zeitig genug hülft?

Theoretisch ist diese Forderung ganz bestimmt zu stellen und der Schluss ist berechtigt und einleuchtend. In praxi bleibt sie häufig unerfüllbar. Bei den Ovariotomierten ist alles immer vorgesehen und die Diagnose mit einem Blicke gesichert. Bei einem plötzlichen Ereigniss, wie die Berstung eines Fruchtsackes, liegt in der Praxis aussen alles durch einander und der Arzt weiss entweder nicht, was geschehen ist, oder er hat eine Sterbende vor sich. Daran liegt es, dass Laparotomien nach der Berstung des Fruchtsackes weniger Zuversicht auf Erfolg haben. Doch sind schon wiederholt solche Operationen geglückt. (Lawson, Tait, Frommel, J. Veit und vor allem Olshausen, wie meine Statistik zeigt.)

Wenn nun Zweifel freilich mit Recht der Laparotomie im Privathause aus den oben genannten Gründen nicht allzuviel Erfolg zuschreibt, so liegen die Verhältnisse in einem Krankenhause oder einer Klinik, wo diese Bedenken alle mehr oder weniger wegfallen, ganz anders. Die Resultate meiner Statistik beweisen dies zur Genüge.

Ein anderer (Maas, Dissertation über Tubenschwangerschaft 1887) schreibt:

„Am ungünstigsten für die Frauen, möchte ich sagen, liegen die Fälle, in denen nach der Ruptur sich das Blut in die freie Bauchhöhle ergosssen hat, und auch für den Arzt steigt die Schwierigkeit in seiner Handlungsweise. Hilfe, schleunige Hilfe ist notwendig! Doch die Frage, auf welche Weise er diese Hilfe bringen soll, ist nicht so leicht zu beantworten. Die grossartigen Erfolge, welche durch Laparotomien in der Neuzeit erzielt sind, fordern ihn auf, zum Bauchschnitt zu schreiten, die blutende Stelle

zu unterbinden resp. die ganze Tube zu entfernen; die ungünstigen Resultate, welche in derartig operierten Fällen erzielt sind, schrecken ihn davon zurück."

Ich meine aber, nicht der operative Eingriff trägt die Schuld in solchen Fällen, vielmehr war da die Blutung wohl stets eine so grosse, dass die Patientin dem Verblutungstod erlag, dass also wohl überhaupt zu spät operiert wurde.

Werth (Kiel) sagt:

„Bisher ist auf das kindliche Leben zu grosses Gewicht gelegt worden. Die extrauterine Schwangerschaft muss unter dem Gesichtspunkt bösartiger Neubildung betrachtet und deshalb in jedem Stadium ohne jegliche Rücksicht auf das Kind zerstört und operiert werden.

Bei nicht intraligamentösem Sitz des Fruchtsackes wird dessen radikale Entfernung zu jeder Zeit möglich sein, in den späteren Monaten wegen der Verwachsungen vielfach unter grösseren Gefahren als in den früheren.

In der späteren Zeit ist die Operation zu gefährlich (von 8 Fällen starben 7)." Mann soll den Tod der Frucht abwarten. Je später nach dem Tode der Frucht operiert wird, desto besser ist die Prognose. Von 53 seit 1880 behandelten Fällen starben nur 37,7 Prozent.

Hauk (Jahresbericht über Fortschritt auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie von Prof. Dr. R Frommel. 1889) giebt folgende Anhaltspunkte in Bezug auf die Therapie bei extrauteriner Tubenschwangerschaft, gefolgert aus von ihm selbst behandelten Fällen.

Elektricität: In den 3 ersten Monaten ohne gefahrdrohende Ruptur.

Laparotomie; vom 4. Monat an mit verbundenen schweren Symptomen.

Laparatomie in jedem Falle bei rupturierter Tube.

Verschiebung der Laparotomie bei fünf- und mehr-

monatlicher Tubenschwangerschaft, mit Rücksicht auf das Leben des Kindes. Aber es dürfen keine Anzeichen von eintretender Ruptur vorhanden sein und der betreffende Arzt muss die Frau sehr sorgfältig beobachten und jederzeit die Laparotomie machen können.

Olshausen (Frommel, J. B. 1890): In den ersten 3 Monaten bei noch nicht erfolgter Ruptur Laparotomie. Bei erfolgter Ruptur nur bei ganz bedrohlichen Erscheinungen und Gewährleistung von Antiseptis. Bei lebendem Kind in der 2. Hälfte der Schwangerschaft baldigst zu operieren.

Förster (Frommel. J. B. 1891) führt 2 günstig verlaufende Fälle von Laparotomie geborstener Extrauterinschwangerschaft an und sagt:

Ist der Fruchtsack geborsten und der Zustand der Kranken gefahrdrohend, so ist unbedingt die Laparotomie die beste Therapie.

Gerade in Bezug auf das verwerfliche exspectative Verfahren fand ich einige ganz treffende Worte.

Zweifel (Lehrbuch der Geburtshülfe pag. 358) sagt: Man kann mit vollstem Recht sagen, dass durch die bisher übliche Behandlung (Eisblasen auf den Leib, Narkotika, Säuren etc.) wohl keine Frau von der frisch geborstenen Ruptur einer Tubenschwangerschaft gerettet wurde, dass vielmehr diejenigen, welche am Leben blieben, dies nur dem glücklichen Zufall zu verdanken hatten.

Martin (Frommel. J. B. 1892): Den Beweis dafür, dass die mit der Laparotomie bei extrauterinen Graviditäten erzielten Erfolge thatsächlich dazu berechtigen, dieselbe mehr und mehr an Stelle des abwartenden Verfahrens zu stellen, bei welchem schon manche Patienten, die gerettet werden konnten, zu Grunde gingen, liefert die von mir aufgestellte Statistik, nach der bei exspectativem Verfahren

von 265 Fällen 36,9 % und von 515 operierten Fällen 76,7 % genasen.

Auf Grund von 610 aus der Litteratur zusammengestellen Fällen von ektopischer Schwangerschaft, denen er noch 7 in der Dorpater Klinik beobachtete Fälle hinzufügt, kommt von Schwenk (Frommel. J. B. 1893) zu dem Schluss, dass bei spontanem Verlauf mehr als die Hälfte der Schwangeren in Folge von Ruptur, zumal in den ersten Monaten der Gravidität, an Blutungen in's Abdomen zu Grunde gingen. Auch bei Haematocelenbildung und Lithopädion erfolgte noch nach langer Zeit der Exitus. Er rät daher unter allen Umständen zur Laparotomie. Nur bei Haematocelen in früher Zeit kann exspectative Behandlung zum Ziele führen.

Ingrabam (Frommel. J. B. 1893) rät nach eingetretener Ruptur stets zur Laparotomie.

Ross ist ein begeisterter Anhänger der Entfernung geborstener Extrauterin-Fruchtsäcke auf dem Wege der Laparotomie.

Rosenwasser rät ebenso zur Laparotomie bei geborstener Tubenschwangerschaft.

Vergebens habe ich in der Litteratur nach einer ähnlichen Statistik, wie die vorliegende, gesucht, um hieraus einige Vergleiche anstellen zu können. Wohl sind ähnliche Statistiken da, die aber über operierte bezw. nicht operierte Tubenschwangerschaft im allgemeinen aufgestellt sind, nicht aber, wie in meinem Falle, über Laparotomie bei frisch geborstener Tubenschwangerschaft, die wegen der das Leben bedrohenden Symptome sofort, womöglich am selben Tage noch operiert wurden.

Ich habe auch wirklich einzelne solche Fälle gefunden, wie die hier behandelten, allein daraus lässt sich kein Schluss ziehen und kein Vergleich einstellen, weil es

eben meist nur einzele Fälle sind und natürlich eben nur die mit glücklichem Ausgang angeführt sind. Ich will einige hier anführen.

Sander (München). Ein Fall von Ruptur einer geborstenen Tubenschwangerschaft, Exstirpation des Fruchtsackes mit Ausgang in Genesung. (Jahresbericht über Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie von Prof. Dr. Richard Frommel).

Martin. Geborstene Tubenschwangerschaft. Laparotomie. Tod nach 3 Tagen.

Harris (Philadephia) (Frommel J. B. 1888) berichtet über 30 Fälle von Laparotomie bei Tubenschwangerschaft. Von den ersten 20 Fällen — bis 1880 — blieb nur eine Mutter am Leben. In den letzten 10 Fällen 4 Mütter.

Zimigrodsky. Statistik über extrauterine Schwangerschaft. Sterblichkeit bei 79 nicht behandelten Frauen mit geborstener Tubenschwangerschaft betrug 73 %, bei 39 operativ behandelten nur 24 %.

Trice, operierte 83 mal, nur 3 Kranke starben.

Aus all dem geht hervor, wie eben überall in neuester Zeit die operative Behandlung bei geborstener Tubenschwangerschaft sich als die einzig richtige und erfolgreichste Therapie Bahn gebrochen hat. So möchte ich denn nach nochmaliger Hinweisung auf die in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik erzielten Erfolge durch Laparotomie bei geborstener Tubenschwangerschaft mit Martin, Zweifel u. a. die Behauptung aufstellen und den Schluss aus meiner Arbeit ziehen, Laparotomie bei frisch geborstener Tubenschwangerschaft mit das Leben bedrohenden Symptomen ist die erfolgreichste und dankbarste Therapie.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Olshausen, für das mir gütigst zur Verfügung gestellte Material meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen. Ebenso sage ich dem Herrn Dr. Heuck für die Hülfeleistung und das meiner Arbeit gewidmete Interesse meinen tiefgefühltesten Dank.

Litteratur.

Schroeder: Geburtshülfe und Gynäkologie.
Zweifel: Geburtshülfe.
Frommel: Jahresbericht der Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshülfe und Gynäkologie.
Veit: Deutsche Zeitschrift für prakt. Med.
Werth: Beiträge zur Anatomie und operativen Behandlung der Extrauteringraviditäten.
Martin: Medicin. Wochenschrift.

Thesen.

I.

Bei einer Steisslage kann man prophylaktisch ein Bein herunterholen, um die Geburt nötigenfalls rascher beendigen zu können.

II.

Zur Heilung des Empyems ist die Rippenresektion anzuraten.

III.

Bei Krankheiten mit absolut letaler Prognose hat die Therapie mehr die Herbeiführung der Euthanasie, wie die Verlängerung des Lebens zu erstreben.

Lebenslauf.

Verfasser, Karl Joseph Felix Baur, kath. Konfession, Sohn des verstorbenen Lederfabrikanten Johann Baur und dessen Ehefrau Amalie geb. Brechenmacher, wurde am 15. März 1872 zu Zwiefalten Ob. Münsingen im Kgr. Württemberg geboren. Den ersten Unterricht erhielt er in der Elementarschule zu Ellwangen in Württemberg, besuchte dann vom Herbst 1881 ab das Gymnasium daselbst und verliess diese Anstalt nach regelmässiger Absolvierung der 10 Klassen im Herbst 1891. Er widmete sich dem Studium der Medizin und bezog im Herbst 1891 die Universität München, wo er auch vom 1. Oktober bis 1. April seiner Militärpflicht genügte. Im Herbst 1892 setzte er sein Studium an der Universität zu Tübingen fort, wo er in seinem 4. med. Studiensemester die ärztliche Vorprüfung absolvierte. Vom Herbst 1893 an besuchte er zwei Semester die Universität Greifswald. Sein siebentes und achtes Semester verbrachte er in Berlin, wo er am 16. Juli 1895 das Tentamen medicum und am 23. Juli das Examen rigorosum absolvierte.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

In München: v. Pettenkofer. v. Voit. v. Ziemssen. Rüdinger. Karl Seydel. Radlkofer. Lommel. Braun. v. Bayer. v. Kupffer.

In Tübingen: Eimer. Vöchting. Hüfner. Braun. Henke. Grützner. Froriep.

In Greifswald: Helferich. Mosler. Schulz. Grawitz. Loeffler. Peiper. Pernice. Frhr. von Preuschen von und zu Liebenstein. Heidenhain.

In Berlin: Virchow. Gerhardt. Olshausen. Leyden. Gusserow. v. Bergmann. Jolly. Hertwig. Rubner. Lewin. Senator. Hirschberg. Mendel. Lassar. Winter. Klemperer. v. Treitschke. Schmoller.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus. Zu ganz besonderem Danke fühlt er sich den Herren Prof. Dr. Olshausen, Dr. Mosler, Dr. Helferich verpflichtet, bei welchen er während seiner klinischen Semester als Volontair thätig sein durfte.